

附件

醫院總額點值風險管控暨品質提升方案 修訂對照表(依劃線版方案內之修訂頁次排序)

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
1	肆、三、(二)、1.(1)【P.2】	肆、三、(二)、個別醫院基期點數(0 階)	1.非新設立醫院： (1) 計算公式=[基期一般服務收入－藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)+基期生物相似藥品及學名藥藥費差額]÷目標點值	1.非新設立醫院： (1) 計算公式=[基期一般服務收入－藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)+基期生物相似藥藥費差額]÷目標點值	配合全民健康保險推動使用生物相似性藥品之鼓勵試辦計畫修訂
2	肆、八【P.8】	肆、八、「小型醫院費用波動」調控	<u>「地區醫院的萎縮額度」即地區醫院核定點數未達基期點數(0 階)剩餘之點數(下稱「結餘點數」)，分配如下：(自 114 年 Q2 起適用)</u> (一) 「小型醫院費用波動」調控： 1. <u>適用對象</u> ：符合以下 2 項條件醫院： (1)當季申報一般服務點數(申請點數+部分負擔)≤5,000 萬醫院。 (2)(核定點數×目標點值)÷當季一般服務淨點數<0.9。 2. 回補方式：回補點數至 0.9，惟設有上限，規定如下： (1)個別醫院回補上限 250 萬。 (2)整體醫院回補上限 3000 萬，如超出回補上限，則參與回補醫院等比例調降回補點數。 (二) <u>萎縮型地區醫院回補：使用結餘點數扣除「小型醫院費用波動回補」後之點數(下稱「結餘可分配點數」)。</u>	「小型醫院費用波動」調控： (一)符合以下 2 項條件醫院： 1. 當季申報一般服務點數(申請點數+部分負擔)≤5,000 萬醫院。 2. (核定點數×目標點值)÷當季一般服務淨點數<0.9。 (二)回補方式：回補點數至 0.9，惟設有上限，規定如下： 1. 個別醫院回補上限 250 萬。 2. 整體醫院回補上限 3000 萬，如超出回補上限，則參與回補醫院等比例調降回補點數。	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
			1. <u>適用對象：當期一般服務收入較基期收入低，且預估平均點值低於 0.95 之地區醫院。</u> 2. <u>回補方式：回補各院核付點數與預估收入以 0.95 計之差值。如超出結餘可分配點數，則參與回補醫院等比例調降回補點數。</u>		
3	陸、一【P.9】	陸、補報作業規定	為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限至次季第 2 個月 <u>月底 10 日(含)</u> 前，逾期申報以 0 元核付，如 114 年 Q1 <u>一般服務費用申報期限至 114 年 5 月底 11 月 10 日(含)</u> 前。	為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限至次季第 2 個月月底前，逾期申報以 0 元核付，如 114 年 Q1 一般服務費用申報期限至 114 年 5 月底前。	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
4	附件 4、(一)、3【p.21】	單價核減計算範圍	如 <u>遇年度各季因</u> 支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，均將予以校正。 <u>藥價調整當季即反映 80%，次季起依序反映 70%、60%、60%。</u>	如遇年度支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，均將予以校正。藥價調整當季即反映 80%，次季起依序反映 70%、60%、60%。	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
5	附件、114 年品質指標項目與操作型定義【附件、p.1】	序號 1「門診占率」之目標值	當季門診占率較基期年(113 年)同期 <u>下降>2% 2 個百分點</u> 或當季門診占率≤同儕平均	當季門診占率較基期年(113 年)同期下降>2%或當季門診占率≤同儕平均	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
6	附件、114 年品質指標項目與操作型定義【附件、	序號 5「門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再	1. 門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率 ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令前 5 碼 0801X、09044、18005、18007、1900X、26072、28016、28017、3307X、3308X 季醫令數合計。	1. 門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率 ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令前 5 碼 0801X、09044、18005、18007、1900X、26072、	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
	p.1-2】	執行率(10項加總計算)」之操作型定義	※歸併醫令項目如下： (1)0801X：08011、08012、08082 (2)1900X：19001、19009 (3)3307X：33070、33071、33072 (4)3308X：33084、33085 ※檢查項目及非合理區間包括： (1)28天內：CT、MRI、正子造影-全身、上消化道泛內視鏡檢查、超音波心臟圖(包括單面、雙面)、腹部超音波及追蹤、低密度脂蛋白-膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖及大腸鏡檢查等檢查。 (2)7天內：全套血液檢查。 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2.——小數點無條件進位。 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	28016、28017、3307X、3308X 季醫令數合計。 ※歸併醫令項目如下： (1) 0801X：08011、08012、08082 (2)1900X：19001、19009 (3)3307X：33070、33071、33072 (4)3308X：33084、33085 ※檢查項目及非合理區間包括： (3)28天內：CT、MRI、正子造影-全身、上消化道泛內視鏡檢查、超音波心臟圖(包括單面、雙面)、腹部超音波及追蹤、低密度脂蛋白-膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖及大腸鏡檢查等檢查。 (4)7天內：全套血液檢查。 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	
7	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.1】	序號5「門診10項重要檢查(驗)非合理區間再執行率(10項加總計算)」之目	同病人非合理區間再執行率較前一年同期下降≥ 4≥ 1%或再執行率=0 (備註：俟 114 年抑制資源不當耗用方案公告後，比照修訂目標值)	同病人非合理區間再執行率較前一年同期下降$>1\%$或再執行率=0 (備註：俟 114 年抑制資源不當耗用方案公告後，比照修訂目標值)	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明															
		標值																		
8	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.2-3】	序號6「地區醫院全人全社區照護計畫」之操作型定義	1. 參與醫院獎勵：參與當年度全人全社區照護計畫且經分區業務組核定。 2. <u>收案率健康資料建檔率</u>： (1)分子：醫院當季會員健康資料累計上傳人數。 (2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。 3. <u>三高疾病(高血壓、高血糖、高血脂)照護提升率</u>： (1)分子：醫院當年度預計收案會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果3項疾病別皆進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍之人數 (2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。 註1：控制良好或進步定義為「檢驗(查)結果後測-前測<0或位於以下範圍」，後測「就醫/檢驗(查)日期」應於當年度8月1日之後，前後測日期應間隔84天(含)以上，另高血糖、高血脂會員若於當年度8月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好。 註2：控制良好範圍如下 <table><tr><td>疾病</td><td>檢驗(查)項目</td><td>控制良好範圍</td></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td><td>收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c 及 LDL</td><td>HbA1c<7% 且 LDL<100mg/dL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td><td>LDL<100mg/dL</td></tr></table> <u>3. 血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳</u>	疾病	檢驗(查)項目	控制良好範圍	高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg	高血糖	HbA1c 及 LDL	HbA1c<7% 且 LDL<100mg/dL	高血脂	LDL	LDL<100mg/dL	1. 參與醫院獎勵：參與當年度全人全社區照護計畫且經分區業務組核定。 2. <u>健康資料建檔率</u>： (1)分子：醫院當季會員健康資料累計上傳人數。 (2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。 3. 三高疾病(高血壓、高血糖、高血脂)照護提升率： (1)分子：醫院當年度預計收案會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果3項疾病別皆進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍之人數 (2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。 註1：控制良好或進步定義為「檢驗(查)結果後測-前測<0或位於以下範圍」，後測「就醫/檢驗(查)日期」應於當年度8月1日之後，前後測日期應間隔84天(含)以上，另高血糖、高血脂會員若於當年度8月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好。。 註2：控制良好範圍如下 <table><tr><td>疾病</td><td>檢驗(查)項目</td><td>控制良好範圍</td></tr></table>	疾病	檢驗(查)項目	控制良好範圍	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
疾病	檢驗(查)項目	控制良好範圍																		
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg																		
高血糖	HbA1c 及 LDL	HbA1c<7% 且 LDL<100mg/dL																		
高血脂	LDL	LDL<100mg/dL																		
疾病	檢驗(查)項目	控制良好範圍																		

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明									
8	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.2-3】	序號 6「地區醫院全人全社區照護計畫」之操作型定義	<u>率：3項小指標達成2項以上者。</u> <u>(1)血糖監測數據控制良(或進步)率：≥收案會員之50百分位數者達標</u> <u>a.分子：分母中，HbA1c檢驗結果達控制良好或進步</u> <u>b.分母：高血糖收案會員數</u> <u>(2) 血脂監測數據控制良(或進步)率：≥收案會員之50百分位數者達標</u> <u>a.分子：分母中，LDL檢驗結果達控制良好或進步</u> <u>b.分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數。</u> <u>(3) 血壓上傳率：≥50%者達標</u> <u>a.分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)</u> <u>b.分母：會員人數</u> <u>註1：進步定義為檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。</u> <u>註2：控制良好定義及範圍如下：</u> ● <u>控制良好定義為當年度最後一次檢驗結果屬控制良好(最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好)或當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。</u> ● <u>控制良好範圍如下：</u>	<table><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td><td>收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c 、LDL</td><td>HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td><td>LDL <100mg/dL</td></tr></table>	高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg	高血糖	HbA1c 、LDL	HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL	高血脂	LDL	LDL <100mg/dL	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg												
高血糖	HbA1c 、LDL	HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL												
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL												

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文			現行條文		說明
8	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.2-3】	序號6「地區醫院全人全社區照護計畫」之操作型定義	疾病組合 HbA1c LDL 高血糖 < 7%；80 歲以上 病人為<8% 100 mg/ dL 高血脂 100 mg/ dL ASCVD 非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL 高血糖+ 高血脂 < 7%；80 歲以上 病人為<8% 100 mg/ dL 高血糖+ASCVD < 7%；80 歲以上 病人為<8% 非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL 高血脂+ASCVD 非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL 高血糖+ 高血脂+ASCVD < 7%；80 歲以上 病人為<8% 非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL					依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
9	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.2】	序號6「地區醫院全人全社區照護計畫」之目標值	季別 目標值 115Q1 參與全人全社區照護計畫去年度之血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率共≥2 項達標 Q2 參與全人全社區照護計畫 Q3 收案率健康資料建檔率≥20% Q4 收案率健康資料建檔率≥80% →三高疾病照護提升率≥80% Q4收案率及三高疾病照護提升率健康資料建檔率、血	季別 目標值 Q1 參與全人全社區照護計畫 Q2 參與全人全社區照護計畫 Q3 收案率健康資料建檔率≥20% Q4 收案率健康資料建檔率≥80% 、三高疾病照護提升率≥80% Q4收案率及三高疾病照護提升率，皆係依方案指標目標值作為風控方案品質指標目標值。		依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理		

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明																																								
			糖、血脂監測數據控制良(或進步)率及血壓上傳率，皆係依方案指標目標值作為風控方案品質指標目標值。																																										
10	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.3】	序號 7「糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護」之目標值	糖尿病、慢性腎臟病、糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率> 前一年同期全國 P75 (任一達標則得分) 目標值(前一年同期全國 P75) <table><tr><td></td><td>Q1</td><td>Q2</td><td>Q3</td><td>Q4</td></tr><tr><td>DM</td><td>59.38%</td><td>70.16%</td><td>75.51%</td><td>79.36%</td></tr><tr><td>CKD</td><td>20.92%</td><td>32.54%</td><td>37.56%</td><td>41.06%</td></tr><tr><td>DKD</td><td>67.47%</td><td>78.27%</td><td>81.05%</td><td>78.08%83.01%</td></tr></table>		Q1	Q2	Q3	Q4	DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%	CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%	DKD	67.47%	78.27%	81.05%	78.08%83.01%	糖尿病、慢性腎臟病、糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率> 前一年同期全國 P75 (任一達標則得分) 目標值(前一年同期全國 P75) <table><tr><td></td><td>Q1</td><td>Q2</td><td>Q3</td><td>Q4</td></tr><tr><td>DM</td><td>59.38%</td><td>70.16%</td><td>75.51%</td><td>79.36%</td></tr><tr><td>CKD</td><td>20.92%</td><td>32.54%</td><td>37.56%</td><td>41.06%</td></tr><tr><td>DKD</td><td>67.47%</td><td>78.27%</td><td>81.05%</td><td>78.08%</td></tr></table>		Q1	Q2	Q3	Q4	DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%	CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%	DKD	67.47%	78.27%	81.05%	78.08%	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
	Q1	Q2	Q3	Q4																																									
DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%																																									
CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%																																									
DKD	67.47%	78.27%	81.05%	78.08%83.01%																																									
	Q1	Q2	Q3	Q4																																									
DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%																																									
CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%																																									
DKD	67.47%	78.27%	81.05%	78.08%																																									
11	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.3】	序號 8「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」之操作型定義	■ 分母：申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數， <u>排除出院即死亡案件(轉歸代碼為 4、A)。</u> ■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護(案件分類 A1.A2.A5.A6.A7 、居家醫療照護整合計畫(案件分類 E1.A1.A5 且特定治療代號 EC)、 家庭醫師整合式照護計畫(於收案院所就醫) 其中計畫期別為 10(108 年收案)且於同一收案院所就醫、PAC(申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」)、「 <u>家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群</u> 」之件數，並按出院人次歸戶。	■ 分母：申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數。 ■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護(案件分類 A1.A2.A5.A6.A7、居家醫療照護整合計畫(案件分類 E1.A1.A5 且特定治療代號 EC)、家庭醫師整合式照護計畫(於收案院所就醫)其中計畫期別為 10(108 年收案)且於同一收案院所就醫、PAC(申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」)之	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理																																								

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明										
				件數，並按出院人次歸戶。											
12	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.3】	序號8「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」之目標值	較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值 (114年目標值尚未公告) <table><tr><th>季別</th><th>目標值</th></tr><tr><td>114Q1</td><td>≥27.4%</td></tr><tr><td>114Q2</td><td>≥27.9%</td></tr><tr><td>114Q3</td><td>≥28.4%</td></tr><tr><td>114Q4</td><td>≥28.9%</td></tr></table>	季別	目標值	114Q1	≥27.4%	114Q2	≥27.9%	114Q3	≥28.4%	114Q4	≥28.9%	較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值(114年目標值尚未公告)	依據114年第3次醫院總額共管會議決議辦理
季別	目標值														
114Q1	≥27.4%														
114Q2	≥27.9%														
114Q3	≥28.4%														
114Q4	≥28.9%														
13	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.4】	序號10「安寧療護照護人數成長率」之操作型定義	1. 當期相較前一年同期申報住院安寧、安寧共照或安寧居家醫令之人數成長率。 2. 依署本部提供資料， <u>以當季(季累積)資料計算。</u> 3. 資料範圍： ■ 安寧人數係曾申報住院安寧(醫令代碼為05601K、05602A、05603B)、安寧共照醫令(醫令代碼為P4401B、P4402B、P4403B)或安寧居家(案件類別為A5)服務者。 ■ 人數：以身分證字號、生日歸戶計算。	1. 當期相較前一年同期申報住院安寧、安寧共照或安寧居家醫令之人數成長率。 2. 依署本部提供資料。 3. 資料範圍： ■ 安寧人數係曾申報住院安寧(醫令代碼為05601K、05602A、05603B)、安寧共照醫令(醫令代碼為P4401B、P4402B、P4403B)或安寧居家(案件類別為A5)服務者。 ■ 人數：以身分證字號、生日歸戶計算。	依據114年第3次醫院總額共管會議決議辦理										
14	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.4】	序號11「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數成長率」之操作型定義	1. 以最近一季可計算資料計分。 ■ 資料範圍：區域級(含)以上醫院下轉(申報轉診醫令代碼01034B、01035B (費用年月114/08前) 、 <u>00192A(費用年月114/09起適用)</u> ，轉出院所層級高於接受轉診院所層級)且接受院所為地區醫院或基層診所之門住診件數合計。	1. 以最近一季可計算資料計分。 ■ 資料範圍：區域級(含)以上醫院下轉(申報轉診醫令代碼01034B、01035B，轉出院所層級高於接受轉診院所層級)且接受院所為地區醫院或基層診所之門住診件數合計。	依114/6/26「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議，新增轉診支付標準00192A(辦										

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
					理轉診費_回轉及下轉一使用保險人電子轉診平台)，自114年9月1日起生效。
15	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.4】	序號14「西醫門診年復健次數>180次之案件數(同院)」之目標值	每季案件數較自身前一年同期成長率 $\leq 0\%$ (目標值後續將依據 114年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	每季案件數較自身前一年同期成長率 $\leq 0\%$ (目標值後續將依據114年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	刪除文字「目標值後續將依據114年抑制資源不當耗用指標予以訂定」，與原目標值無差異
16	附件、114年品質指標項目與操作型定義【附件、p.5】	序號15「住院案件出院後3日以內急診率」之目標值	114Q1 $\leq 2.49\%$ 、 114Q2 $\leq 2.51\%$ 、 114Q3 $\leq \underline{2.48\%2.69\%}$ 、 114Q4 $\leq \underline{2.47\%2.48\%}$ (目標值後續將依據 114年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	114Q1 $\leq 2.49\%$ 、 114Q2 $\leq 2.51\%$ 、 114Q3 $\leq 2.48\%$ 、 114Q4 $\leq 2.47\%$ (目標值後續將依據114年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	依據114年第3次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明																																								
17	附件、114 年品質指標項目與操作型定義【附件、p.5】	序號 16「西醫門診病人可避免住院率(季累計)」之目標值	較自身前一年同期成長率≤0% 或＜前一年同期全國同儕 P25 <table><tr><td></td><td>113Q1</td><td>113Q2</td><td>113Q3</td><td>113Q4</td></tr><tr><td>醫中</td><td>0.58%</td><td>1.04%</td><td>1.37%</td><td>1.67%</td></tr><tr><td>區域</td><td>0.70%</td><td>1.26%</td><td>1.70%</td><td>2.12%</td></tr><tr><td>地區</td><td>0.38%</td><td>0.82%</td><td>1.18%</td><td>1.50%</td></tr></table> 或以本署 114 年抑制資源不當耗用方案公告後修訂目標值為準		113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	醫中	0.58%	1.04%	1.37%	1.67%	區域	0.70%	1.26%	1.70%	2.12%	地區	0.38%	0.82%	1.18%	1.50%	較自身前一年同期成長率≤0% 或＜前一年同期全國同儕 P25 <table><tr><td></td><td>113Q1</td><td>113Q2</td><td>113Q3</td><td>113Q4</td></tr><tr><td>醫中</td><td>0.58%</td><td>1.04%</td><td>1.37%</td><td>1.67%</td></tr><tr><td>區域</td><td>0.70%</td><td>1.26%</td><td>1.70%</td><td>2.12%</td></tr><tr><td>地區</td><td>0.38%</td><td>0.82%</td><td>1.18%</td><td>1.50%</td></tr></table> 或以本署 114 年抑制資源不當耗用方案公告後修訂目標值為準		113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	醫中	0.58%	1.04%	1.37%	1.67%	區域	0.70%	1.26%	1.70%	2.12%	地區	0.38%	0.82%	1.18%	1.50%	刪除文字 「目標值後續將依據 114 年抑制資源不當耗用指標予以訂定」，與原目標值無差異
	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4																																									
醫中	0.58%	1.04%	1.37%	1.67%																																									
區域	0.70%	1.26%	1.70%	2.12%																																									
地區	0.38%	0.82%	1.18%	1.50%																																									
	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4																																									
醫中	0.58%	1.04%	1.37%	1.67%																																									
區域	0.70%	1.26%	1.70%	2.12%																																									
地區	0.38%	0.82%	1.18%	1.50%																																									
18	附件、114 年品質指標項目與操作型定義【附件、p.6】	序號 22「門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院)」之操作型定義	1. 門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院) ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令 19003C 季醫令數合計。 ※檢查項目非合理區間：28 日內 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 小數點無條件進位。 2. 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	1. 門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院) ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令 19003C 季醫令數合計。 ※檢查項目非合理區間：28 日內 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 小數點無條件進位。 3. 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	依據 114 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理																																								